

Industrialisierung des Krankenhauses? Neue betriebliche Produktionskonzepte in der Patientenversorgung

Feuerstein, Günter

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Feuerstein, G. (1997). Industrialisierung des Krankenhauses? Neue betriebliche Produktionskonzepte in der Patientenversorgung. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Differenz und Integration: die Zukunft moderner Gesellschaften ; Verhandlungen des 28. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie im Oktober 1996 in Dresden ; Band 2: Sektionen, Arbeitsgruppen, Foren, Fedor-Stepun-Tagung* (S. 278-282). Opladen: Westdt. Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-139042>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

- Brüderl, Leokadia (Hg.) 1988, Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung. München/Weinheim.
- Elias, Norbert 1976, Über den Prozeß der Zivilisation. Frankfurt a.M.
- Filipp, Sigrun-Heide 1990, Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankungen: Möglichkeiten der theoretischen Rekonstruktion und Konzeptualisierung. In: Fritz A. Muthny (Hg.), Krankheitsverarbeitung. Berlin: 24-40.
- Franzkowiak, Peter 1986, Kleine Freuden, kleine Fluchten. Alltägliches Risikoverhalten und medizinische Gefährdungsideologie. In: Eberhard Wenzel (Hg.), Die Ökologie des Körpers. Frankf. a.M.: 121-174.
- Fülgraff, Georges 1994, Gesundheit als individuelle moralische Verpflichtung? Über Public Health. In: Leviathan 22: 593-604.
- Grunow, Dieter et al. 1983, Selbsthilfe im Familienhaushalt. Zum Verhältnis von Selbsthilfe und medizinischer Fremdhilfe. In: Christian von Ferber und Bernhard Badura (Hg.), Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. München/Wien: 51-77.
- Haan, Norma 1977, Coping and Defending. New York.
- Herzlich, Claudine und Janine Pierret 1991, Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden. München.
- Jores, Arthur 1950, Vom Sinn der Krankheit. In: Hamburger Universitätsreden 11. Hamburg.
- Muthny, Fritz A. 1994, Krankheitsverarbeitung bei Kranken und Gesunden. In: Gerhard Schüßler und Eric Leibing (Hg.), Coping. Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Krankheit. Göttingen: 17-34.
- Raab, Stefan 1996, Gesundheit im Griff. Eine Rekonstruktion des biographischen Gesundheits-, Krankheits- und Patientenhandelns im Prozeß der Zivilisation. München/Wien.
- Thomae, Hans 1983, Alternsstile und Alternsschicksale. Ein Beitrag zur Differentiellen Gerontologie. Bern.
- Wambach, Manfred Max 1988, Über die Pflichten des Menschen, gesundheitsschädliches Verhalten zu vermeiden. Die »vergessene« Lebenswelt im Risikofaktorenmodell. In: Psychologie & Gesellschaftskritik 11: 5-18.
- Weber, Max 1972, Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriß der verstehenden Soziologie. 5. Aufl. Tübingen.

Stefan Raab, Universität Bremen, FB 11, Institut für Interdisziplinäre Altersforschung, PF 33 04 40, D-28334 Bremen

6. Industrialisierung des Krankenhauses? – Neue betriebliche Produktionskonzepte in der Patientenversorgung.

Günter Feuerstein

Mit dem Wirksamwerden des Gesundheitsstrukturgesetzes sind die deutschen Krankenhäuser einerseits unter massiven Kostendruck und andererseits unter den Zwang zur Qualitätssicherung geraten. Nichts schien deshalb näher zu liegen als der Griff nach Rezepten, mit denen bereits industrielle Produktions- und Dienstleistungsbetriebe auf ähnliche Anforderungen reagiert haben. Begriffe wie »Lean Production«, »Business Reengineering« oder »Total Quality Management« erlebten daher auch im Diskurs um die effiziente und

effektive Krankenversorgung eine rasche Konjunktur. Entstanden sind diese sogenannten neuen Produktionskonzepte unter dem Einfluß moderner Technologien, d.h. in Reaktion auf die spürbar gewordenen Grenzen der tayloristischen Organisationslogik. Gleichmaßen zielen sie im Kern auf zwei Rationalisierungspotentiale: auf die Überwindung von dysfunktional ausdifferenzierten und partikularisierten Produktionsabläufen und auf die Mobilisierung der Produktivitätsreserven menschlicher Integrationsbereitschaft und Flexibilität.

Von der tatsächlichen Leistungsfähigkeit dieser Konzepte im industriellen Kontext einmal ganz abgesehen, stellt sich hier vor allem die Frage nach ihrer Übertragbarkeit auf das klinische (Be-) Handlungsgeschehen. Denn gerade unter Produktionsgesichtspunkten ist die Organisation der klinischen Versorgung reich an Besonderheiten. Hierzu gehört das konkurrierende Nebeneinander divergenter Aufgabenstellungen (Behandlung, Pflege, Forschung, Ausbildung) ebenso wie die professionelle Dominanz der Ärzteschaft über Inhalt, Ausführung, Qualität und soziale Organisation der Arbeit, aber auch die sachlich-zeitliche Unkalkulierbarkeit der »Produktions«-Abläufe, unklare Aufwand-Ertrags-Relationen, die – unterschiedlich ausgeprägte – Mitproduktivität der Patienten und eine schon jetzt extrem hohe Arbeitsbelastung des medizinischen und pflegerischen Personals.

Aus diesen Besonderheiten ergeben sich sowohl Probleme der Angemessenheit als auch der Durchsetzbarkeit neuer Produktionskonzepte im Krankenhaus. Denn rein ökonomisch kalkulierte Prozeßabläufe lassen sich weder mit patienten- und personalorientierten Organisationsstrategien harmonisieren, noch treffen sie auf eine klinische Situation, in der die dazu erforderliche Systemintegration überhaupt realistisch erscheint.

1. Lean Production

Die Vision des »schlanken Krankenhauses« knüpft an ein Organisations- und Koordinationskonzept an, dessen Credo in der strikten Beschränkung auf das betriebliche »Kerngeschäft« liegt, und zwar unter Schließung aller unproduktiven Lücken in zeitlicher, materieller und personeller Hinsicht. Das dabei allgegenwärtige Just-in-Time-System nutzt gezielt die Ressourcen flexibler Produktionsteams. In kontrollierter Autonomie regulieren diese Teams nicht nur ihre interne Arbeitsverteilung, sie tragen auch Qualitätsverantwortung (»Null-Fehler-Prinzip«) und sind darüber hinaus zur Erhöhung ihrer Produktivität angehalten. Subtile Systemzwänge sorgen für eine ständige chronische Überlastung der Mitarbeiter (vgl. Jürgens 1992). Das »Management by Stress« (Marstedt 1994: 23) umfaßt neben dem weiterhin bestehenden »Taylorisierungsdruck« auch einen »Verantwortungs- und Prozeßdruck«, den »Gruppendruck« und einen »Rationalisierungs- und Prozeßdruck« (vgl. Pfaff 1994: 64). Mit Blick auf die bereits bestehende Überlastungssituation des ärztlichen und pflegerischen Klinikpersonals (vgl. Herschbach 1991, 1993 und Bartholomeyczky 1987, 1993) erscheinen die Spielräume für eine weitere Leistungsintensivierung allerdings äußerst gering.

Auf ähnlich ungünstige Voraussetzungen stößt die Adaption des Lean-Production-Konzepts auch in den interorganisatorischen Kontexten des medizinischen Versorgungssystems. Denn eine profitable Konzentration auf Kernprozesse erfordert nicht nur ein um-

fangreiches Outsourcing, sondern vor allem die Ausdehnung der aktiven Beeinflussungsgrenzen des Kernbetriebes auf externe Organisationen, d.h. auf fremdes Kapital, fremde Wertschöpfungsketten, fremde Produktionsverantwortung und Entscheidungsautonomie (vgl. Pfeiffer/Weiß 1993: 30). Für eine derart koordinierte Versorgungskette unter der Regie eines Generalunternehmers fehlen im deutschen Gesundheitswesen nahezu alle Voraussetzungen. Die Domänen der unterschiedlichen Leistungsanbieter sind nicht nur gut abgegrenzt, sie bieten auch Schutz vor Dominanzverhältnissen. Dies allerdings um den Preis zahlreicher Schnittstellen, Integrationsdefizite und Brüche in der Abwicklung organisationsübergreifender Versorgungsabläufe (vgl. Feuerstein 1994).

2. Business Reengineering

Auch das Business Reengineering zielt darauf ab, Kosten, Durchlaufzeiten und Kontrollvorgänge zu reduzieren, Produktqualität und Kundenzufriedenheit zu erhöhen. Gewissermaßen als amerikanische Variante der Überwindung tayloristisch verhärteter Organisationsstrukturen versteht sich das Konzept als eine »Radikalkur für das Unternehmen«. Bei strikter Prozeßorientierung sollen durch gänzlich neue Lösungsmuster sprunghafte Verbesserungen erzielt werden (Hammer/Champy 1990). Betriebliche Funktionsgliederungen, Organisationsstrukturen, Berufsgruppierung, Personaleinsatz, Hierarchien und Vergütungssysteme gelten grundsätzlich als variable Größen, die im Rahmen der Reintegration ehemals fragmentierter Prozesse unbedingt bedarfsgerecht zu konstruieren sind. Zentralen Stellenwert besitzen dabei sogenannte »Prozeßteams« mit »multifunktionalen Berufsbildern«. Obwohl die analytische Begründung dieses Konzept die seit langem bekannten Defizite der klinischen Versorgungsorganisation ideal abdeckt, ist hier der Realisierungsspielraum besonders gering. Denn *was in der Klinik von wem und auf welche Weise gemacht wird*, steht nur begrenzt zur Disposition der Organisationsgestaltung. Gerade die Bildung von funktions- und hierarchieübergreifenden Prozeßteams, also der Kern des Konzeptes, stößt auf harte Professionsabgrenzungen, die sowohl hausintern verfestigt sind als auch von externen Sanktionssystemen gestützt werden: von Berufsordnungen, Ausbildungsstandards, der Zuschreibung von Verantwortung, und – neuerdings – den Richtlinien zur medizinischen Qualitätssicherung. Klinische Settings sind ein Resultat gewachsener Machtgefüge und sensibler Aushandlungsprozesse. Ihr bestimmender Einfluß auf die Gestaltungs- »Logik« klinischer Arbeitsstrukturen erzeugte nicht nur eine Vielzahl inner- und interorganisatorischer Ineffizienzen, sondern verweist zugleich auf die Schwierigkeit, selbst die weithin bekannten Defizite der Behandlungscoordination und Versorgungskontinuität zu überwinden. Insofern scheint das Akzeptanzmanagement in den Mittelpunkt jeder Veränderungsstrategie der klinischen Prozeßorganisation zu rücken. Folgerichtig scheuen auch die Protagonisten der Systementwicklung im Krankenhaus den Versuch einer radikalen Reintegration und setzen mehrheitlich auf ein deutlich behutsameres Konzept.

3. Total Quality Management

Dieser ebenfalls prozeßorientierte Ansatz der Arbeits- und Organisationsgestaltung setzt bewußt auf die *kontinuierliche Verbesserung sämtlicher Qualitätsdimensionen* des betrieb-

lichen Leistungsgeschehens. Dazu gehört die Produkt- und Dienstleistungsqualität ebenso wie die Kundenzufriedenheit. Das oberste Prinzip, die Erfüllung kundenbezogener Qualitätsansprüche, wird darüber hinaus auf organisationsinterne Kundenerwartungen übertragen. Damit rücken auch betriebliche Organisationsstrukturen, Handlungsabläufe und Interaktionen in den Horizont des Qualitätsverständnisses. Denn jeder Unternehmensprozeß umfaßt eine Sequenz von Arbeitsschritten, die in unterschiedlichen Funktionsbereichen und von verschiedenen Mitarbeitern ausgeführt werden. Bezogen auf das Krankenhaus bedeutet dies: die Schwester ist Kunde des Arztes, der Arzt Kunde des Labors, die bettenführende Station Kunde von Funktionsabteilungen und umgekehrt. Indem das Qualitätsmanagement alle Beteiligten als Kunden des jeweils vorgelagerten Prozesses begreift, offenbaren sich an sämtlichen Stellen der Organisation mögliche Defizite und Reibungsverluste.

Köck (1991), aber auch Schubert und Zink (1995), verbinden mit der Adaption dieses Ansatzes für die klinische Versorgung mehrere Erwartungen: erstens auf die erhöhte Produktivität arbeitsteiliger Abläufe – und zwar durch die Beseitigung von systembedingten Fehlern, unnötigem Aufwand, vermeidbarer Ressourcenverschwendung und lästigen Koordinationsproblemen; und zweitens auf eine verringerte Personalfuktuation als Folge eines verbesserten Betriebsklimas. Dies allerdings setzt voraus, daß sich die Beteiligten ungeachtet von fachlichen oder hierarchischen Barrieren zu berufsgruppenübergreifenden Teams formieren und darüber hinaus bereit sind, rein sachbezogene Lösungen anzusteuern.

Das Total Quality Management trifft die Bedürfnislage des Krankenhauses in mancher Hinsicht besser als andere Konzepte. Denn anders als die industrielle Massenproduktion ist das klinische Leistungsgeschehen in seiner Qualität und seinem Erfolg von der Mitproduktivität des Kunden abhängig. Die Mobilisierung von Compliance ist nicht standardisierbar und hängt damit in hohem Maße vom Engagement und von der Flexibilität der Mitarbeiter ab. Indem der Patient durch die konsequente Kundenorientierung in den Mittelpunkt des Qualitätskonzeptes gerückt wird, erhält er eine Schlüsselposition bei der Prozeßgestaltung. Dies symbolisiert die Erfüllung eines zentralen Forderung moderner Kostenerstattungssysteme: den der gesicherten Qualität (vgl. Laffel/Blumenthal 1989: 2870 und Köck 1991: 112ff.). Für die Verfechter des Konzeptes ist es jedoch weit mehr. Denn die Alternative, eine Orientierung an festen Standards, bedeute letztlich eine Aussöhnung mit vermeidbaren Qualitätsmängeln im Prozeß und im Produkt. Die kontinuierliche Prozeßverbesserung tendiere dagegen zu einer 100-prozentigen Qualität – und zwar unter Nutzung sämtlicher Einsparungsmöglichkeiten.

Das Total Quality Management verspricht also nicht weniger als die Quadratur des Kreises, das heißt die Senkung der Kosten, zugleich eine befriedigendere Arbeitssituation, eine erhöhte Produktqualität und mehr Kundenzufriedenheit. Für das Personal bedeutet die Umsetzung des Konzepts jedoch einen zusätzlichen Aufwand an Zeit, Energie, Kreativität und Verantwortung – und zwar in einer ohnehin schon extremen Belastungssituation. Unklar bleibt, wie die dafür notwendigen Ressourcen mobilisiert werden. Dies umso mehr, als vor der Erwartung schneller Erfolge selbst im industriellen Anwendungskontext gewarnt wird. Denn die partizipative Prozeßgestaltung hat sehr viel mit einer Betriebskultur und Mentalität zu tun, die den westlichen Unternehmen im allgemeinen fremd sind – und dem Krankenhaus ganz besonders.

4. Rationierung statt Rationalisierung?

Für die erfolgreiche Organisation der klinischen Versorgung gibt es keine Patentrezepte – und schon gar nicht in Form einer bruchlosen Übertragung industrieller Produktionskonzepte. Gerade die besonders lautstark propagierten Konzepte verweisen oft weniger auf gesicherte Erfolgchancen als auf ein besonders gelungenes Dienstleistungsmarketing der Managementberatung.

Die klinische Krankenversorgung ist enorm vielfältig und heterogen. Prozeßqualität und Behandlungserfolg sind eng mit gelungener Interaktion und Kommunikation verknüpft. Beides ist individuell geprägt, enthält also unkalkulierbare Elemente und sperrt sich gegen eine allzu starke Standardisierung. Insofern bedarf die erfolgreiche Organisation des klinischen Versorgungsgeschehens sowohl einer engen Abstimmung mit der Bedürfnislage, der Belastbarkeit und den Empfindlichkeiten des verfügbaren Personals als auch der Anerkennung des Unterstützungsbedarfs und der Compliance-Potentiale ganz konkreter Patienten (vgl. dazu ausführlich Feuerstein/Badura 1991: 116ff.)

Sicher gibt es gerade hier Verbesserungschancen durch den Einsatz moderner Methoden der Organisationsgestaltung und Arbeitsstrukturierung. Ob damit allerdings entscheidende Rationalisierungsreserven des medizinischen Systems erschlossen werden können, ist fraglich. Diese liegen weit mehr in einer strikt bedarfsgerechten Dimensionierung des Leistungsgeschehens, einer gezielten Beschränkung des Ressourceneinsatzes auf effektive Verfahren der Diagnostik und Therapie und einer Auswahl der jeweils kostengünstigsten Alternativen. Weder die aktuelle Praxis des medizinischen Technikeinsatzes, noch die der Verordnung von Arzneimitteln weisen auch nur ansatzweise in diese Richtung. Verpaßte Rationalisierungschancen verschärfen jedoch den schon jetzt spürbar gewordenen Zwang zur selektiven Leistungsbegrenzung: der krankheits- oder patientenbezogenen Rationierung notwendiger und medizinisch anerkannter Behandlungsmaßnahmen.

Literatur: beim Autor

Günter Feuerstein, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, PF 10 01 31, D-33501 Bielefeld

7. Außerbetriebliche Rahmenbedingungen, betriebliche Anreize und Krankenstand der Arbeitnehmer

Norbert Reinwald

Der Krankenstand von Arbeitnehmern kann als ein im medizinischen Sinn als Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit einzuordnender psychischer oder physischer Zustand des betroffenen Arbeitnehmers, aber auch als Resultat individueller Handlungen von Akteuren verstanden werden, das zumindest in einem gewissen Maß von objektiv feststellbaren medizi-